

**Journées d'échanges scientifiques autour du VIH/SIDA
Annaba, Mars 2013**

**Dépistage du VIH
et
spécificité de la prise en charge du VIH
en Algérie**

Z. BOUDIAF – S. YAHYAOUÏ – M. LAOUAR

Contexte Général

Infection à VIH en Algérie :

- **Faible prévalence :**
 - 1^{er} cas : 1985
 - Au 31 décembre 2012
 - **1365** cas de SIDA
 - **6144** cas de séropositifs
- **Epidémie cachée ? (prévalence à multiplier par 4 selon OMS)**
 - **Sous diagnostic : insuffisance d'infrastructures, refus de dépistage**
 - **Sous déclaration : par le secteur privé, séropositifs non déclarés**

Réponse de l'Algérie à l'infection à VIH :

3 périodes

1. Années 80 : répondre à l'urgence

- 1987 : Laboratoire National de Référence pour l'infection VIH
- 1989 : Création du Comité National de lutte contre les MST/sida

2. Années 90 : élargissement de la réponse

➤ Sécurité transfusionnelle :

- Dépistage obligatoire dons de sang et d'organes :1991

➤ Prise en charge :

- 1996 : Création de Centres de Référence IST/VIH/sida
- 1998 : Introduction des Antirétroviraux

• 3. Années 2000 : Planification Stratégique de la Réponse Nationale aux IST/VIH/SIDA → **PNS**

PNS 2002-2006

PNS 2008-2012

PNS 2012-2015

Priorités du PNS 2012 - 2015

1. Renforcer la **formation des personnel** de santé des CDV, des Centre de traitement et la surveillance épidémiologique
2. La maîtrise d'approvisionnement en vue d'assurer une **disponibilité permanente en médicaments et en réactifs**
3. Renforcement de la **PTME**
4. L'affinement de la **cartographie** de la séroprévalence du VIH, du risque et de la vulnérabilité ainsi que le renforcement de **l'adaptation de l'offre** de service selon les wilayas notamment dans le grand Sud en vue de faciliter la mise en œuvre d'une réponse plus ciblée et une meilleure observance et faciliter le suivi des patients
5. La réalisation **d'enquêtes ciblées** sur les groupes vulnérables pour mieux cerner l'épidémie et mieux cibler les stratégies
6. **le renforcement de la réponse sectorielle** publique afin d'amplifier l'impact des interventions et d'élargir l'accès universel
7. La poursuite de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination avec une plus grande **implication des PVVIH** dans la riposte face au sida

Dispositif organisationnel

- **Laboratoire National de Référence : LNR**
 - **CONFIRMATION** du diagnostic biologique de l'infection VIH
 - **NOTIFICATION**, dans le cadre de la surveillance épidémiologique, des cas confirmés dans le respect de **la confidentialité** à la Direction de la Prévention et à l'INSP
- **Centres de Références des IST/VIH/SIDA**
 - **Services d'Infectiologie :**
 - » EHS EL HADI FLICI (ex El Kettar) Alger
 - » CHU Annaba
 - » CHU Constantine
 - » CHU Sétif
 - » CHU Oran
 - » Hôpital Central de l'Armée – HCA -
 - » Secteur Sanitaire Tamanrasset
 - » Secteur Sanitaire Ouargla
 - » Secteur Sanitaire Bechar
- **Centres de dépistage :**
 - 54 CD intégrés aux structures de santé extrahospitalières des wilayas

DÉPISTAGE

Dépistage et prise en charge de l'infection à
VIH en Algérie

STRATÉGIE*

Promotion du Dépistage volontariste VIH/IST en renforçant :

➤ **Le dépistage dans le système de soins :**

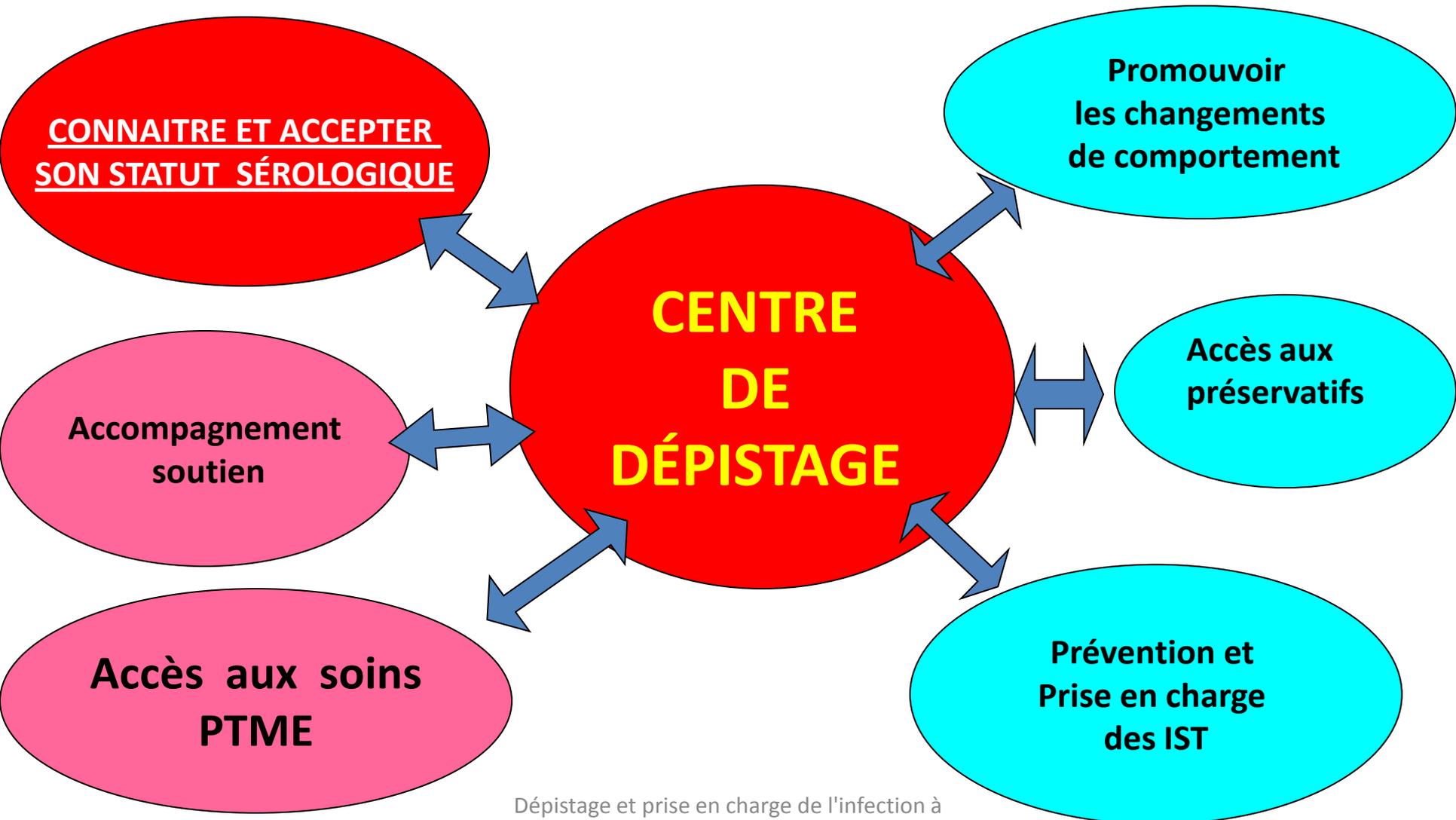
- par les professionnels de santé
- s'adresse à l'ensemble de la population indépendamment d'une notion de risque
- offre de dépistage ciblé et régulier en fonction des populations

➤ **Le dépistage par les pairs :**

Dépistage « communautaire », réalisé par les pairs : vise les populations qui ne veulent ou ne peuvent se rendre dans le dispositif "classique" (HSH, professionnels du sexe, UDI, migrants ...)

➤ **Le dépistage anonyme et gratuit :** dans les **Centres De Dépistage**

MISSIONS DU Centre de Dépistage



Séroprévalence en Algérie

Les enquêtes de sérosurveillance sentinelle

Evolution de la prévalence du VIH par groupe de population enquêtée (source : enquêtes de sérosurveillance sentinelle des années 2000, 2004 et 2007)

Année →	2000	2004	2007
Groupes d'étude :			
Femmes enceintes des consultations prénatales	0,20 %	0,14 %	0,09 %
Patients des consultations IST	0,25 %	1,19 %	2,42 %
Professionnelles du sexe	2,85 %	3,78	3,95 %

Femme enceinte (Annaba) 2004 : séroprévalence = 0,53 %

DEPISTAGE À ANNABA

Deux centres de dépistage « CD »

- CD du CDR : Décembre 1996

- CD de l'EPSP Safsaf : Aout 2004

- De 2006 à 2010 : **55** sérologies VIH positives sur 24 877 prélèvements testés au niveau des 2 CD
- Séroprévalence : **0.22 %** réparties comme suit :
 - **Dépistage volontaire** : **50** sérologies positives sur une population de 7181 clients → séroprévalence **0.69%**
 - **Bilan pré-nuptial** : **5** sérologies positives sur une population de 17696 clients → séroprévalence **0.28 ‰**

Contraintes au dépistage volontaire

- **Offre de dépistage volontaire très limitée :**
 - **50 CD : une vingtaine fonctionnelle**
 - **CD opérationnels : manque de moyens (réactif)**
- **Centralisation de la confirmation**
- **Dépistage dans laboratoires privés :**
 - Non reliés au système de notification
 - Pas de Counseling
 - Pas de lien avec le circuit de soin
- **Dépistage obligatoire : Détenus, étudiants étrangers, migrants**

Prise en charge des PVVIH en Algérie

Dépistage et prise en charge de l'infection à
VIH en Algérie

PRISE EN CHARGE

- **GLOBALE.**
 - SOMATIQUE
 - PSYCHIQUE
 - SOCIALE
- **DES PVVIH**
- **ET DE LEUR FAMILLE.**
- **MULTIPROFESSIONNELLE**
- **EN RÉSEAU**
- **CENTRÉE SUR LE PATIENT.**

Guide national de PEC thérapeutique de l'infection VIH/sida 2006

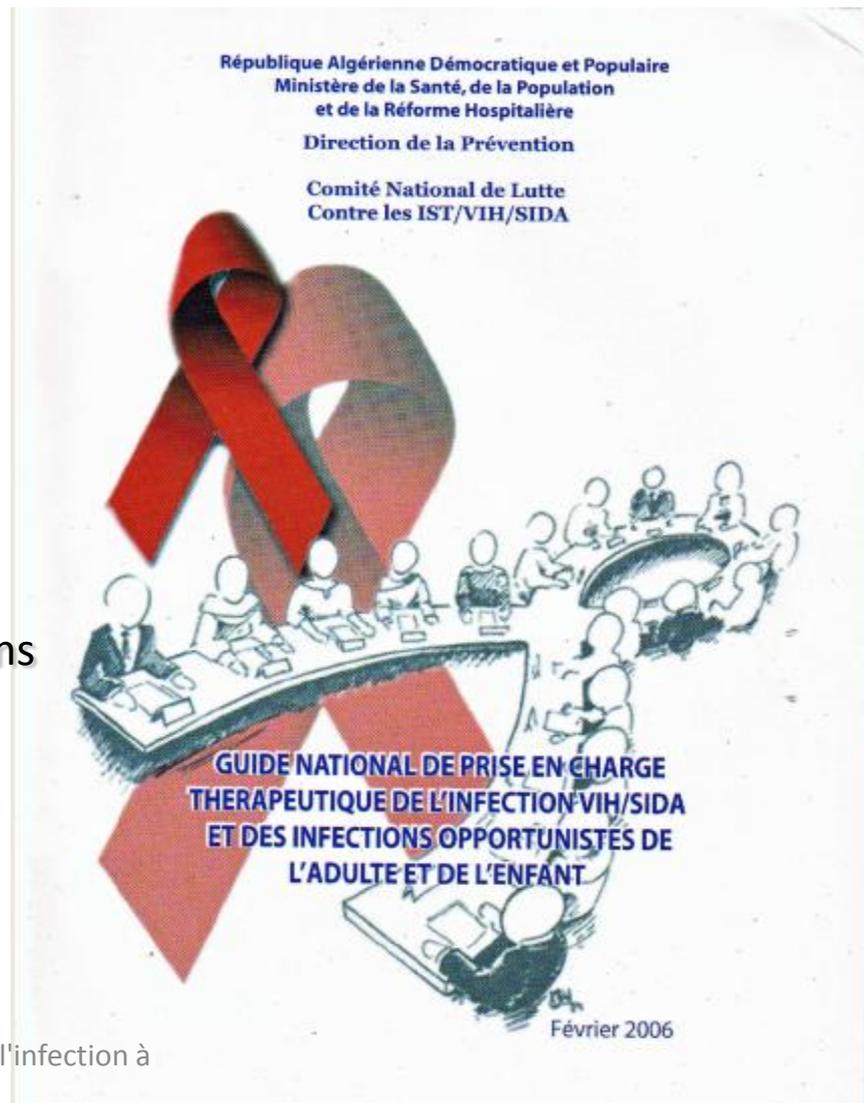
Introduction

Chapitre 1 : Rappels fondamentaux

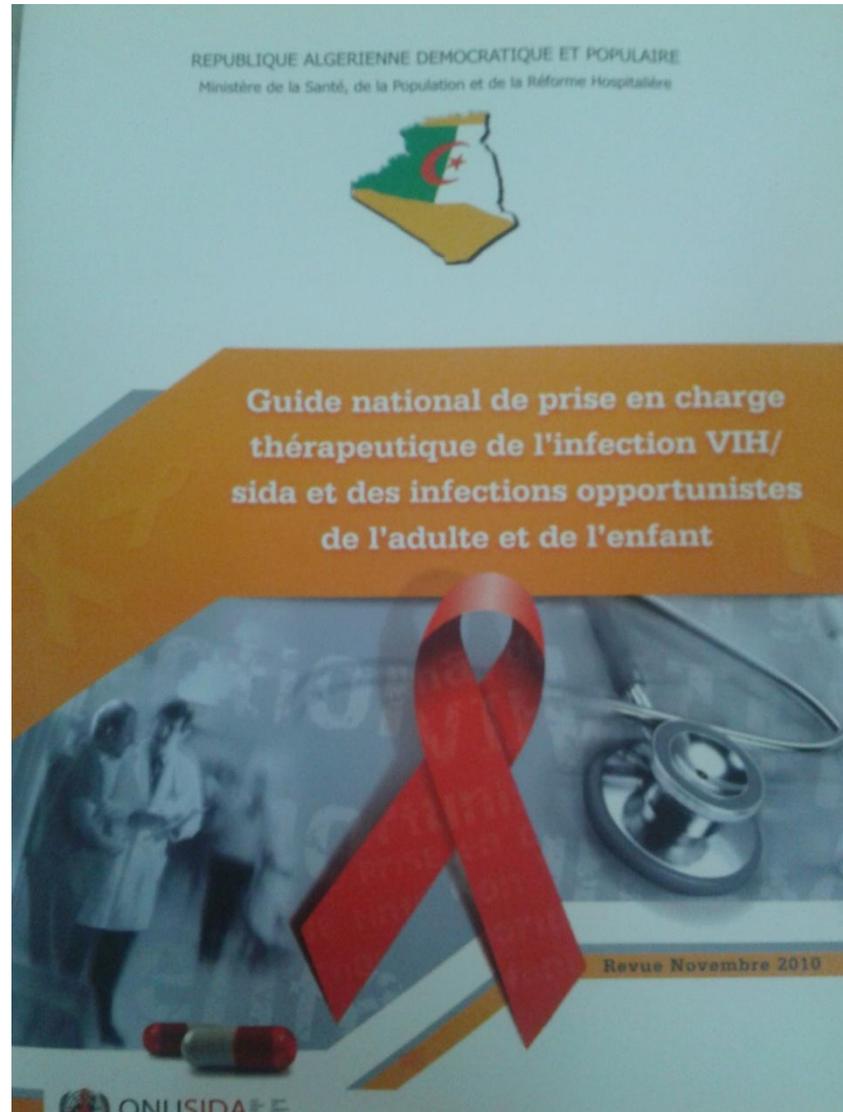
Chapitre 2 : Prise en charge thérapeutique

- Dispositif organisationnel
- Principes directeurs
- Conduite du traitement ARV
 - Panel des ARV
 - Quand débiter un traitement ARV
 - Quel traitement ARV proposer ?
 - Conduite à tenir devant des situations particulières

- Traitement des IO
- **Suivi thérapeutique**
 - Bilan initial
 - Bilan de suivi



Guide national de PEC thérapeutique de l'infection VIH/sida -2010-



Dépistage et prise en charge de l'infection à VIH en Algérie

Bases du traitement infection VIH /SIDA

- Molécules antirétrovirales (ARV)**

- Traitement préventif des infections opportunistes**

Traitement antirétroviral

- **Objectif du traitement :**
 - Atteindre et maintenir une CV indétectable
 - Maintenir ou restaurer une immunité correcte pour prévenir survenue IO
 - Allonger survie des PVIH avec la meilleure qualité de vie possible
 - Réduire la transmission du VIH
- **Stratégies ARV recommandées :**
 - Les associations de 3 ARV
 - Schémas :
 - 2 IN + 1INN
 - 2 IN + 1IP/r
- **Suivi du traitement ARV = impératif +++**
 - Mesure CV (efficacité ARV)
 - Quantification CD4 (évaluation restauration immunitaire)
 - Mise en route Prophylaxies primaires
 - Arrêt prophylaxies primaires et secondaires
 - Examen clinique régulier (observance et tolérance ARV)

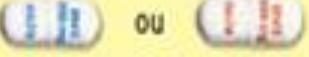
PEC Thérapeutique

Critères de choix des ARV :

- Puissance antirétrovirale
- Profil de la tolérance à court et long terme
- Facilité de prise et absence d'interaction
- Terrain : NRS, enfant, femme enceinte, comorbidité
- Barrière Génétique

ARV RETENUS

INHIBITEURS NUCLÉOSIDIQUES DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE (INTI)

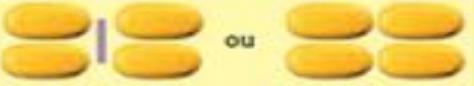
DM COMMERCIAL CL LABORATOIRE	VISUEL <small>ORIGINE GÉNÉRIQUE</small> CP / GÉLULE	DOSAGE ET POSOLOGIE A PRÊTE	PLANIFICATION DES PRISES	RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES
EMTRIVA® (emtricitabine, FTC) Gilead Sciences		Une gélule dosée à 200 mg une fois par jour		-
EPIVIR® (lamivudine, 3TC) ViiV Healthcare		Un comprimé à 150 mg deux fois par jour ou un comprimé à 300 mg une fois par jour	 OU 	-
RETROVIR® (zidovudine, AZT ou ZDV) ViiV Healthcare		Selon le poids et/ou la tolérance, un comprimé dosé à 300 mg deux fois par jour ou une gélule dosée à 250 mg deux fois par jour.	 OU 	-
VIDEX® (didanosine ou ddl) Bristol-Myers Squibb		Une gélule dosée à 250 mg, une fois par jour (poids inférieur à 60 kg), ou une gélule dosée à 400 mg, une fois par jour (poids supérieur ou égal à 60 kg)	 OU 	À prendre en dehors des repas (estomac vide)
VIREAD® (ténofovir, TDF) Gilead Sciences		Un comprimé dosé à 300 mg de ténofovir par jour		À prendre au cours d'un repas (même léger)
ZIAGEN® (abacavir, ABC) ViiV Healthcare		Un comprimé dosé à 300 mg deux fois par jour ou deux comprimés à 300 mg une fois par jour	 OU 	-

ARV RETENUS

INHIBITEURS NON-NUCLÉOSIDIQUES DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE (INNTI)

NOM COMMERCIAL ET LABORATOIRE	VISUEL (GÉLULE / GÉLULE) CP / GÉLULE	DOSAGE ET POSOLOGIE ADULTE	PLANIFICATION DES PRISES	RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES
INTELENCE® (etravirine, EVR) Tibotec		Deux comprimés dosés à 100 mg deux fois par jour		À prendre après un repas
SUSTIVA® (efavirenz, EFV) Bristol-Myers Squibb		Un comprimé dosé à 600 mg une fois par jour		À prendre de préférence en dehors des repas, le soir au coucher
VIRAMUNE® (névirapine, NVP) Boehringer Ingelheim		Un comprimé dosé à 200 mg une fois par jour les 14 premiers jours, puis deux fois par jour.		-

INHIBITEURS DE LA PROTÉASE

NOM COMMERCIAL ET LABORATOIRE	VISUEL (GÉLULE / GÉLULE) CP / GÉLULE	DOSAGE ET POSOLOGIE ADULTE	PLANIFICATION DES PRISES	RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES
REYATAZ® (atazanavir, ATV) Bristol-Myers Squibb		Une gélule dosée à 300 mg* une fois par jour (boostée avec un comprimé de Norvir®) <small>* ou deux gélules à 200 mg en cas d'association à l'efavirenz ou en l'absence de boost de ritonavir (Norvir®)</small>		À prendre pendant les repas
PREZISTA® (darunavir, DRV) Tibotec		Deux comprimés dosés à 400 mg une fois par jour (chez les nouveaux traités) ou un comprimé dosé à 600 mg deux fois par jour (chez les pré-traités) (boostés avec un comprimé de Norvir® à chaque prise)	PATIENT NAÏF:  ou PATIENT PRÉTRAITÉ: 	À prendre pendant les repas
KALETRA® (lopinavir, ritonavir, LPV/RTV) Abbott		Deux comprimés (contenant 200 mg de lopinavir et 50 mg de ritonavir) deux fois par jour ou quatre comprimés une fois par jour		-

INHIBITEURS DE L'INTÉGRASE

NOM COMMERCIAL ET LABORATOIRE	VISUEL (GÉLULE / GÉLULE) CP / GÉLULE	DOSAGE ET POSOLOGIE ADULTE	PLANIFICATION DES PRISES	RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES
 ISENTRESS® (raltegravir, RAL) Merck Sharp & Dohme - Chibret		Un comprimé dosé à 400 mg deux fois par jour		-

Quand débiter un traitement antirétroviral ?

Patients symptomatiques :

- Stade C
- candidose oropharyngée récidivante
- zona multi métamérique
- amaigrissement > 10 kg
- fièvre prolongée
- Diarrhée chronique
- leishmaniose viscérale

Patients asymptomatiques :

- Taux de CD4 < 500/mm³

2 urgences:

- Grossesse
- Accident d'exposition à un liquide biologique contaminé (AES, rupture préservatif, viol)

Traitement antirétroviral de 1^{ère} ligne

Zidovudine + **Lamivudine** + Efavirenz

Abacavir + **lamivudine** + Efavirenz si problème hématologique

Zidovudine + **Lamivudine** + névirapine : femme en âge de procréer

**Changement de traitement de 1^{ère} ligne si toxicité
par une autre molécule de la même famille**

Traitement antirétroviral de 2^{ème} ligne

- Indiqué si **échec** du TRT de 1^{ère} ligne
- Changer au moins 2 molécules

Exemple : ABC par TDF

3TC PAR TDF

INNTI par IP

Traitement antirétroviral de 3^{ème} LIGNE

Indiqué si **échec** du TRT de 2^{ème} ligne

En attendant l'introduction du test génotypique de résistance :

- Changer au moins 2 molécules
- Introduire au moins 2 molécules parmi les suivantes :
 - DRV
 - ETV
 - RAL
 - DDI

CAT devant situations particulières

Primo-infection par le VIH

- **Traitement ARV (2 INTI + 1 INN) recommandé :**
 - En cas de primo-infection symptomatique
 - Si $CD4 < 500/mm^3$ au moment du diagnostic
- **La CAT envisagée :**
 - Trithérapie selon modalités de 1^{ère} ligne x 12 mois
 - Surveillance clinique et thérapeutique

PEC DE LA FEMME ENCEINTE VIH+

Principales situations

1. La femme déjà sous ARV :

▪ Si traitement ARV efficace [CD4 > 500/mm³ et CV indétectable]:

- Conserver le TRT ARV en évitant EFZ et ddl
- Accouchement par voie basse
- Nné :
 - AZT seul pendant 4 semaines
 - **Contre-indication de l'allaitement maternel**

▪ Si traitement ARV jugé insuffisant : (CV détectable)

- modifier le TRT initial : **changer au moins 2 molécules** en évitant EFZ et ddl avant la 26^{ème} semaine.
- **programmer césarienne** à la 38^{ème} SA, si CV > 400 copies/ml à la 36^{ème} SA.
- Nné :
 - **AZT seul pendant 4 semaines**
 - **Contre-indication de l'allaitement maternel**

Principales situations

2. Découverte de la séropositivité en cours de la grossesse

- **si pas d'indication maternel au traitement ARV[CD4>500/mm³] :**
 - envisager trithérapie en évitant EFZ et ddl à partir de la 14^{ème} SA
- **Si indication maternel au traitement ARV[CD4 < 500/mm³] :**
 - traitement ARV à débiter dès que possible même au premier trimestre
 - accouchement :
 - Si CV détectable [>400 copies /ml] : césarienne programmée à la 38^{ème} SA
 - Si CV indétectable [<400 copies /ml] : accouchement par voie basse
 - Nné : AZT seul pendant 6 semaines et contre-indication de l'allaitement maternel

Principales situations

3. Découverte de la séropositivité au moment de l'accouchement :

- **parturiente : trithérapie : 2IN + NVP ou IP/r**
- **Nné : AZT + 3TC + LPV/RTV ou AZT + 3TC + NVP pendant
15 jours**

Accident d'exposition à un liquide biologique

AES professionnels

- **AES professionnels**

- Risque de séroconversion VIH estimé à 0,32 % (percutané) en l'absence de prophylaxie post-exposition, 10 fois plus faible après exposition cutanéomuqueuse

Premières mesures :

- Lavage immédiat de la plaie avec eau courante et savon ; rinçage puis application antiseptique : alcool 70°x 3mn ou polyvidone iodée solution dermique pure x 10mn
- Si projection muqueuse : rinçage eau courante x 10 mn puis application antiseptique
- Prélèvement immédiat du sujet source et sujet contaminé : VIH/VHB/VHC

Accident d'exposition à un liquide biologique

AES professionnels

Evaluer risque :

_ délai AES consultation : < 4 h au maximum

_ sévérité exposition :

risque élevé : piqure aiguille creuse souillée de sang ou blessure profonde

risque moindre : piqure à travers gant avec aiguille pleine ou aiguille s/c ou IM
ne contenant pas de sang

statut sérologique , données cliniques, biologiques et virologiques

nature liquide biologique responsable (sang ou liquide contenant sang)

Décision thérapeutique : ARV

si possible < 4^e heure , au plus tard < 72^e heure

AZT+3TC+LPV/R x 6 semaines

Assurer surveillance sérologique x 6 mois : VIH/VHB/VHC 1^o , 3^o et 6^o mois

Déclaration accident de travail < 48^e heures

Préconiser relations sexuelles protégées

BILAN INITIAL ET DE SUIVI DU TRAITEMENT ARV

	Bilan initial		Bilan de suivi			
	J15	M1	M3	M6	M9	M12
Examen clinique	+	+	+	+	+	+
* observance	+	+	+	+	+	+
* tolérance	+	+	+	+	+	+
NFS plaquettes	+	+	+	+	+	+
Bilan hépatique	+	+	+	+	+	+
Glycémie	+	+	+	+	+	+
Bilan rénal	+	+	+	+	+	+
Bilan lipidique	+	+	+	+	+	+
Electrophorèse protides	+					
Sérologie HBV, HCV	+					+*
Sérologie syphilis	+					+*
Sérologie toxoplasmose	+					+*
Numération des CD4	+		+	+	+	+
Charge virale	+	+	+	+	+	+
Radiographie thorax	+	+				
Echographie abdomino-pelvienne	+	+				
ECG	+					
Fond d'œil	+					+
Frottis gynécologique	+					+

* : en cas de sérologie négative lors du bilan initial

PROPHYLAXIES

- **SMZ-TM 960 1 cp/jour si CD4<200**

Pneumocystose + Toxoplasmose cérébrale + Diarrhée à isospora sp

SMZ-TM peut être arrêté si CD4>200 pendant plus de 6 mois

- **Azithromycine 1g /semaine si CD4<75/mm³**

OU

- **Clarithromycine 500 mg x 2 / j**

– Infections à mycobactéries atypiques

- **Fluconazole ou Itraconazole ou Voriconazole**

– Cryptococcose neuro-méningée

Données du MSPRH

Répartition des patients suivis au niveau des CDR

(Source : Bilan des activités des CDR, années 2006, 2007, 2008 et 2009)

Année	Patients suivis sous ARV		Patients suivis Sans ARV		Total
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
2006	682	67,19 %	333	32,80 %	1015 *
2007	830	64,79 %	451	35,20 %	1281 **
2008	1111	60,54 %	724	39,45 %	1835
2009	1526	65,13 %	817	34,86 %	2343

* La file active à décembre 2006, comprend en plus des 1015 patients, 282 décès et 210 perdus de vue, soit un total de 1507

** La file active à décembre 2007, comprend en plus des 1281 patients, 294 décès et 224 perdus de vue, soit un total de 1799

Accès au ARV en 2012*

- % de PVVIH éligibles ayant reçu une trithérapie : **59,6%**
- % des femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'un Traitement ARV adapté : **64%**
- % d'enfants nés de mère séropositives ayant bénéficié de soins et de Traitement adapté : **54%**

***UNGASS 2012**

Annaba

- **1985-2012 : 205 PVVIH**
- **Malades sous ARV : 60**
- **51 SOUS TRT DE 1^{ère} ligne : 7 modifications**
- **9 TRT DE 2^{ème} ligne**

En résumé

- ARV disponibles depuis 15 ans
- Accès universel et gratuit
- Persistance de fréquentes ruptures en ARV et réactifs de laboratoire
- difficulté dans le suivi correct :
 - CD4/CV disponibles dans certains CD
- Génotypage non encore mis en place
- Insuffisances dans la prise en charge psycho sociale
- **PVIH vus à un stade tardif de l'infection**

conclusion

Un Objectif Global : l' ACCES UNIVERSEL

- Intensifications des actions en vue accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins, et à l'appui psychosocial pour TOUS
 - Élargir et banaliser l'offre de dépistage
 - Traiter tous ceux qui en ont besoin
 - Accompagner socialement et psychologiquement les PVVIH

Une condition du succès : renforcement des capacités

- Organisationnelles
- Techniques
- Financières



MERCI
POUR VOTRE ATTENTION